ITEM 285 : DIARRHÉE CHRONIQUE DE L'ENFANT

Diarrhée = modification de la consistance des selles, molles ou liquides ± abondantes, chronique si > **3 semaines**

DD	- **Fausse diarrhée de l'enfant constipé** : association de selles molles et dures, encoprésie - **Enfant allaité au sein** : selles molles grumeleuses jaunes - **Utilisation de préparations hydrolysées** : selles vertes		
Diagnostic	Int	**- Antécédents personnels** : hydramnios, auto-immunité, allergie connue, atopie familiale - **Régime alimentaire** : . Chronologie d'introduction des aliments, notamment **lait de vache** et **gluten** . Prises alimentaires actuelles (allaitement, repas, grignotages, boissons) - **Appétit** : normal, **diminué** (**maladie cœliaque**) ou **augmenté** (**insuffisance pancréatique**) - **Caractéristiques de la diarrhée** : début brutal ou progressif, intervalle libre après la naissance, contexte infectieux, contage, horaires/fréquence/abondance, consistance (sang, glaires, débris alimentaires, graisse) → L'émission de selles la nuit est un bon argument en faveur d'une diarrhée organique (sauf chez le nourrisson)	
	SF	- **Fièvre, AEG** - Signes digestifs : **douleur abdominale, anorexie, rectorragies** - Signes cutanés (**eczéma, aphte**), articulaires et respiratoires - Retentissement staturo-pondéral : signe l'organicité	
	SC	- **Aspect** : apathie, pâleur, tristesse, syndrome dysmorphique, stade pubertaire - **Etat nutritionnel :** périmètre brachial (chez le jeune enfant), IMC, courbe staturo-pondérale, plis cutanés - **Examen abdominal** : ballonnement, bruits hydro-aériques, hépatomégalie, splénomégalie - **Examen du siège et de l'anus** : irritation des fesses, fissures anales ± **toucher rectal** (si doute sur fécalome) - **Hippocratisme digital** : **mucoviscidose**, **maladie cœliaque**, **maladie de Crohn**	
Nt	Chez le nouveau-né	- Les causes de diarrhée chronique chez le nouveau née sont du ressort du spécialiste (rares)	
	Chez le nourrisson/ jeune enfant	Fonctionnelle	**Intestin irritable (colopathie fonctionnelle)** : cause la plus fréquente - Diarrhée abondante nauséabonde chez une enfant de 6 mois à 3 ans - Avec croissance et état général conservés - Diagnostic clinique ; en cas de doute devant des selles graisseuses et une hyperphagie, dosage de l'élastase fécale pour éliminer une insuffisance pancréatique exocrine (croissance parfois conservée via l'hyperphagie compensatrice) - PEC : modification du régime visant à réduire les sucres fermentescibles (réduction des FODMAP : lactose, fructose, oligosaccharides et polyols) et surveillance simple
		Organique	- **Maladie cœliaque** après introduction du gluten - **Allergique aux protéines du lait de vache** - **Mucoviscidose** - **Giardiase** L'intolérance au lactose primitive est rarissime à ne pas évoquer à cet âge
	Chez le grand enfant/ adolescent	Fonctionnelle	- **Intestin irritable :** alternance diarrhée-constipation, douleurs abdominales chroniques, croissance staturo-pondérale conservée.
		Organique	- **MICI** : à évoquer chez l'enfant à partir de **2 ans** - **Intolérance au lactose secondaire, physiologique de l'adulte** (> 5 ans) : symptômes (douleurs, ballonnements, diarrhée) dans l'heure suivant la prise de lactose. Bien plus rare que chez l'adulte - **Allergie alimentaire** (exceptionnel à cet âge) - **Maladie cœliaque** parfois révélée à cet âge

MALADIE CŒLIAQUE

Maladie cœliaque = maladie dysimmunitaire déclenchée et entretenue par l'ingestion de gluten chez des sujets génétiquement prédisposés

- **Prédisposition génétique** : **HLA DQ2** (**95%**) et/ou **DQ8** (5%) mais ce génotype est fréquent dans la population générale (30-40%) ce qui suggère l'implication d'autres facteurs.
  Augmentation du risque si un membre de la famille est atteint.

Diagnostic

C

- **Enquête alimentaire** : type d'allaitement, date d'introduction du gluten (farines, pain, gâteau, semoule…)
- Signes digestifs : **diarrhée chronique, ballonnement abdominal**
- **Cassure de la courbe pondérale**, puis **staturale**
- **Anorexie, dénutrition progressive** avec **amyotrophie**
- **Pâleur, apathie, tristesse**
- Forme atypiques en hausse :
  . **Carence en fer**
  . **Retard de croissance staturale et de puberté** sans symptômes digestifs
  . **Douleurs abdominales** isolées, **constipation, vomissements isolés, augmentation des transaminases, hypoplasie de l'émail, dermatite herpétiforme, hippocratisme digital, retard pubertaire, arthralgies, ostéoporose, aphtes récurrent**

Contexte évocateur

- Maladie associée :
  . Maladie génétique : **déficit en IgA**, **trisomie 21**, **syndrome de Turner**
  . Pathologie auto-immune : **diabète type 1 - thyroïdite auto-immune**

PC

1ère étape

- **Dosage IgA sériques anti-transglutaminase** : effectué que chez les patients consommant du gluten (sinon peut faussement négativer le résultat)
- **Avec dosage simultané des IgA totales** : pour éliminer un déficit en IgA (2% des cas) :
- En cas de déficit en **IgA**, un dosage des **IgG** anti-transglutaminase pourra être réalisé

2nd étape

Si IgA anti-transglutaminase > 10N

- **Dosage des IgA anti-endomysium**
  → Devant une clinique typique, la concordance des Ac anti-transglutaminase et anti-endomysium positif permet le diagnostic sans biopsie intestinale

Autres cas

- **Biopsie duodénale** :
  . Hyperlymphocytose intra-épithéliale
  . Hypertrophie des cryptes
  . Atrophie villositaire totale ou subtotale (n'est pas obligatoire)

→ La preuve définitive est apportée par le test thérapeutique : sous **régime d'exclusion du gluten**

- **Clinique** : disparition des signes en 1 à 2 semaines, reprise de la croissance (rattrapage en 6 à 12 mois)
- **Biologique** : négativation des Ac en 12 à 18 mois

TTT

Régime d'exclusion du gluten

= **Eviction du gluten (blé, orge, seigle)** dans tous les modes de présentation, poursuivi à vie.

- La plupart des patients tolèrent de petites quantités d'avoine.
- Possiblement couplé initialement et transitoirement avec un **régime sans lactose** (durant la phase diarrhéique) et une **supplémentation en vitamine D et en fer**
- Moyens : éducation thérapeutique, conseils diététiques, associations de malades
- **Soutien psychologique** si besoin
- **PAI** indispensable à l'école
- Possibles **remboursements** accordés par la Sécurité sociale (limité, sous certaines conditions) pour la prescription des produits sans gluten (ce n'est pas une maladie ALD-30)

Suivi

- Efficacité et observance du régime : régression clinique dans les 3 premiers mois, et biologique après 12 mois par dosage des Ac
- Risque en cas de mauvais suivi du régime :
  . **Retard de croissance** chez l'enfant
  . **Ostéopénie**
  . ↗ incidence d'autres **maladies auto-immunes**

MALADIES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES DE L'INTESTIN

MICI = maladie de Crohn, **rectocolite hémorragique et colites indeterminées** : incidence en augmentation, particulièrement chez l'enfant
- Elles peuvent se révéler à tout âge et il est important d'y penser pour éviter un retard diagnostique.
- **Colites précoces du nourrisson/jeune enfant** : souvent maladie monogénique, forme extrême et particulière

Diagnostic	C	**Maladie de Crohn**	- **Douleurs abdominales** récurrentes d'allure organique, souvent localisées en FID - **Anorexie, amaigrissement** - **Diarrhée chronique,** parfois **sanglante** - **Retard de croissance staturo-pondéral, retard pubertaire** - Signes associés : **asthénie, fièvre, aphtose buccale, arthralgies**	
			Complication	- **Abcès** ou **fistule périnéale** ou **intra-abdominale** - **Sténose du grêle ou du colon** : douleur intense typique en crescendo, avec relâchement soudain et hyper-péristaltisme (**syndrome de Koenig**) - Cutané : **érythème noueux, *Pyoderma gangrenosum*** - Pas de risque de cancer colorectal : uniquement chez l'adulte
		Rectocolite hémorragique	- **Diarrhée**, presque toujours **sanglante** - **Douleurs abdominales** (inconstantes) - Répercussion moindre sur la croissance staturo-pondérale	
			Complication	- **Mégacôlon toxique** : distension du colon, avec risque de perforation - **Colite aiguë avec hémorragies importantes** - Cutané : **érythème noueux, *Pyoderma gangrenosum*** - Pas de risque de cancer colorectal : uniquement chez l'adulte
	DD	- **Tuberculose intestinale (**surtout patient maghrébin) - **Lymphome intestinal** - **Infection à *Clostridium difficile* , *Campylobacter, Yersinia, Shigella, Salmonella*** (tableau très aigu), ***Amoebose***		
	PC	Exploration	- Bilan inflammatoire : **NFS, VS, CRP, albumine** (hypoalbuminémie) - Sérologies : . **ASCA** : positif chez 2/3 des patients avec **maladie de Crohn** . **p-ANCA** : positifs chez 3/4 des patients avec **RCH** (non spécifique) - **Calprotectine fécale** : marqueur inflammatoire, évocateur d'une MICI si augmenté	
		Confirmation diagnostique	- **Entéro-IRM** - **Endoscopies haute et basse avec biopsies** : ulcérations et infiltrat inflammatoire ± granulome giganto-cellulaire et épithélioïde (Crohn) - En 3e intention possible vidéocapsule endoscopique	

	Crohn	**RCH**
Diarrhée Sanglante	Quasi constante Occasionnelle	Quasi constante **Quasi constante**
Douleurs abdominales	Quasi constantes	Fréquentes
Symptomatologie périnéale	Fréquente	**Absente**
Retard de croissance	Fréquent	**Rare**
Dénutrition	Fréquente	**Rare**